

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1948
1949 THESE

N°

70

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Saïd Mohammed-Seghir MAÏZA

Né le 4 Septembre 1917, à Saint Arnaud (Constantine) Algérie.

Présentée et soutenue publiquement le 19..

18 JAN 1949

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCES AMIBIENS
DU LOBE GAUCHE DU FOIE**

Président : M. MOLLARET, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MAÏZA.**

Prénoms : **Saïd Mohammed-Seghir.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

MAÏZA (Saïd Mohammed-Seghir).

— Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, in-8°, 56 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1948, N°).

MAÏZA (Saïd Mohammed-Seghir).

— Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, in-8°, 56 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1948, N°).

MAÏZA (Saïd Mohammed-Seghir).

— Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, in-8°, 56 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1948, N°).

MAÏZA (Saïd Mohammed-Seghir).

— Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, in-8°, 56 p., 6 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1948, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Saïd Mohammed-Seghir MAÏZA

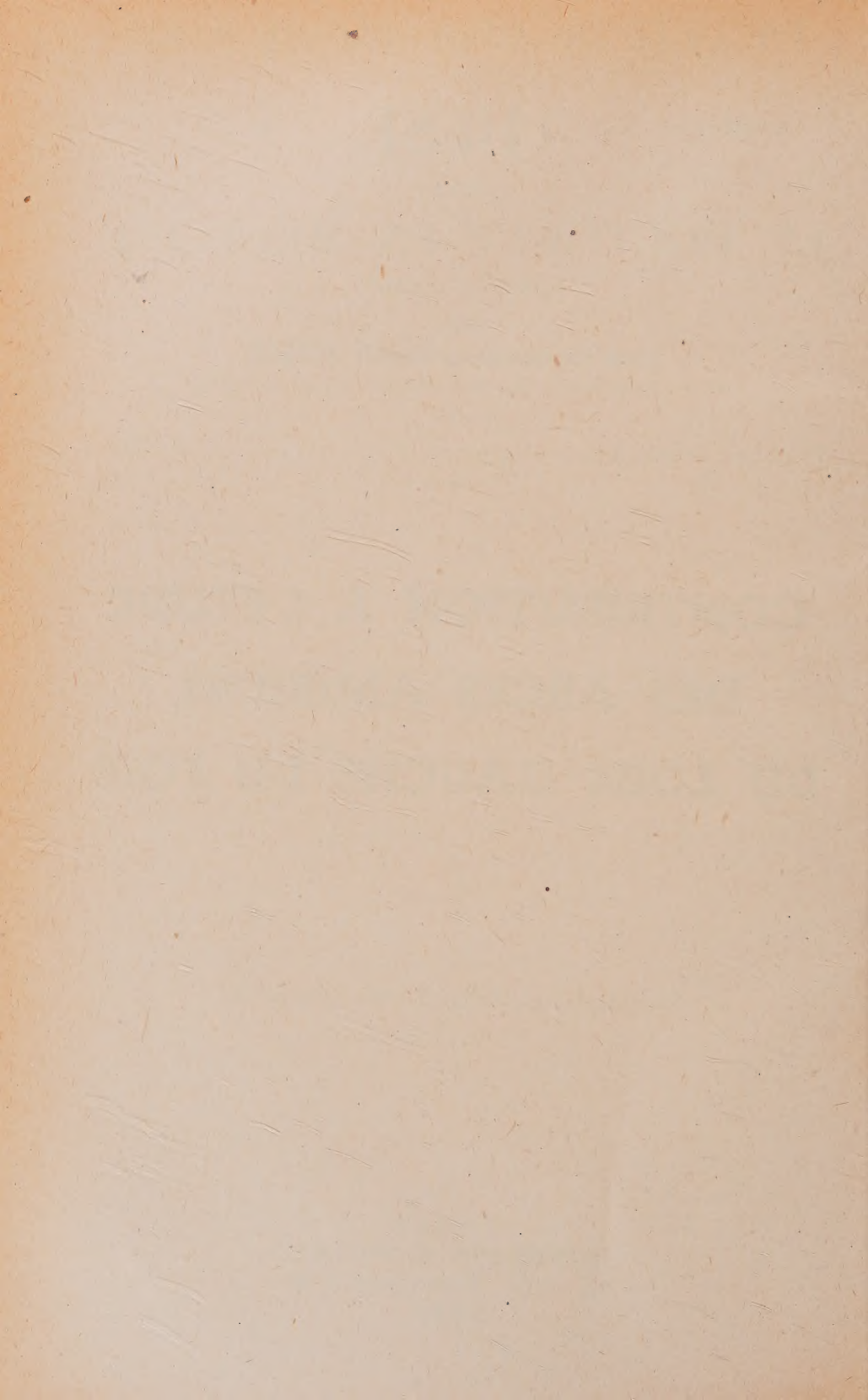
Né le 4 Septembre 1917, à Saint Arnaud (Constantine) Algérie.

Présentée et soutenue publiquement le 19..

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES ABCES AMIBIENS
DU LOBE GAUCHE DU FOIE**

Président : M. MOLLARET, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948



DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRE (R.).
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET.
Clinique des maladies infectieuses	DELAY.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	ALAJOUANINE.
Clinique des maladies du système nerveux	BENARD (H.).
	LAROCHE (G.).
Cliniques médicales	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS.
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET.
Clinique Stomatologique	DECHAUME.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (H.).
Pathologie chirurgicale	N....

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Puériculture.	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	TURPIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. CORDIER (<i>Anatomie</i>), BULLIARD (<i>Histologie</i>),
DESOILLE (<i>Méd. légale</i>), DOGNON (<i>Physique médicale</i>),
GAILLARD (<i>Parasitologie</i>), HALPHEN (<i>O. R. L.</i>), JAYLE M. (<i>Chimie médicale</i>),
Mlle J. LEVY (<i>Pharmacologie</i>).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	{ N... DELMAS. N. ff DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale.	{ MERLE D'AUBIGNE. PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Anatomie pathologique	{ DELARUE Mlle GAUTHIER- VILLARS.	Pathologie expérimentale.	MERKLEN.
Bactériologie.	{ BONNET. FASQUELLE.		
Biochimie méd.	{ ETTORI. SCHAPIRA.		
Dermato- syphillographie	DEGOS.		
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médicale	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Hydrologie	DEBRAY.		
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.		
Médecine légale	DEROBERT.		
Neuro-chirurgie	PUECH.		
Neurologie	DE SEZE.		
	DIGONNET.	Pédiatrie	{ LAPLANE. MARIE (Jullen).
Obstétrique	{ MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Pharmacologie	CHEYMOL.
Ophthalmologie	OFFRET.	Physiologie	{ BARGETON. PARROT.
Oto-rhino- laryngologie	AUBIN.	Physique médicale	DJOURNO.
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.).	Psychiatrie	BARUK.
Pathologie chirurgicale.	{ FEVRE. HUGUIER. LEGER.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
		Urologie	COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.	Clinique méd.	HAGUENAU.
	DE GAUDART		MOUQUIN.
	D'ALLAINES.	Clinique obstétricale	ECALLE.
	FUNCK-		LACOMME.
Clinique médicale	BRENTANO.	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	MENEGAUX.		
	BOULIN.		
	CHEVALLIER.		
	COSTE.		

V. — CHARGES DE COURS

M.

Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaires en Chef .. D^r A HAHN.

Bibliothécaires Milles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE BRAHIM

Qui fut mon meilleur ami.

A MA FEMME

*En hommage de mes sentiments
profonds.*

A MON FILS

A MES FRERES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

*Humble gage de ma reconnais-
sance.*

A MON BEAU-FRERE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOLLARET

Professeur de la Chaire de Clinique des Maladies Infectieuses
de l'Hôpital Claude Bernard
Médecin des Hôpitaux

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette
thèse.*

A NOTRE MAITRE
MADAME LE DOCTEUR
THÉRÈSE BERTRAND-FONTAINE

Médecin de l'Hôpital Beaujon

*Qui nous a accueilli dans son
service avec bienveillance et nous
a permis d'y faire notre thèse.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ FAUVERT

Médecin des Hôpitaux

*Qui nous a aidé de ses conseils
dans l'élaboration de ce travail.*

*En témoignage de nos sentiments
bien reconnaissants.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. SCHNEIDER

Médecin-Assistant à l'Hôpital Beaujon

A NOTRE MAITRE MONSIEUR DESPLAS

Chirurgien des Hôpitaux

Avec toute notre profonde gratitude.

A MES MAITRES DES HOPITAUX

ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

L'amibiase, jadis maladie localisée aux régions sub-tropicales, avait connu pendant et après la guerre de 1914-1918, une grande extension aux régions tempérées.

Pour des raisons du même ordre, se produit actuellement en France, une nouvelle et importante recrudescence qui fait à nouveau de cette affection une maladie d'actualité.

Corollairement aux infestations contractées dans les pays chauds et « importées » en France, cas que multiplient les transports collectifs (en particulier militaires) la facilite et la rapidité des moyens de communications, existent des cas de plus en plus nombreux d'amibiase « autochtone », réalisant un véritable état d'endémie dans certaines de nos régions. Le rôle joué par les travailleurs nord-africains est à cet égard prépondérant.

Ces amibiases autochtones ne se traduisent souvent que par des troubles discrets, larvés, ou même restent tout à fait latentes. Elles n'en sont pas moins, avec une fréquence assez grande, à l'origine de complications souvent tardives, au premier rang desquelles se place l'abcès du foie.

C'est ainsi qu'à l'hôpital Beaujon, dans le service de Madame BERTRAND-FONTAINE, ont été observés, en un an, six cas d'abcès amibiens du foie, dont quatre dus à une amibiase autochtone.

Parmi ceux-ci, un s'est particularisé par sa localisation au lobe gauche.

A ce propos, nous avons recherché les documents principaux concernant cette localisation relativement peu étudiée. Elle n'est guère mentionnée dans les articles des traités classiques. Cependant, comme nous allons le voir, elle n'est pas exceptionnelle et pose des problèmes particuliers de diagnostic et de traitement, comme le montrait bien le Professeur BONNET, de Lyon, en écrivant :

« Les abcès amibiens du lobe gauche du foie peuvent être facilement méconnus et produisent, lorsqu'ils ne sont pas chirurgicalement traités d'une façon précoce, non seulement les complications des abcès du lobe droit, mais encore effectuent, grâce à leur position anatomique spéciale, certaines migrations grosses de conséquences. »

Nous avons rassemblé diverses observations que nous avons pu recueillir dans les ouvrages d'ensemble sur l'amibiase (en particulier le livre de HUARD) et nous avons tiré profit d'une thèse ancienne sur le même sujet : thèse de Jean DURAND (Lyon, 1923).

Nous allons d'abord reporter en détails notre observation qui a fait l'objet d'une communication à la Société de Gastro-Entérologie. Elle est en effet d'un intérêt particulier, car, au cours de l'évolution de la maladie, se sont rencontrées la plupart des difficultés qui découlent de l'origine autochtone de l'infestation amibienne et de cette localisation particulière de l'abcès.

Un jeune homme de vingt-trois ans, ouvrier d'usine, est entré dans le service de Madame BERTRAND-FONTAINE, le 23 février 1948, pour des troubles intestinaux qui dataient de quatre mois. Fin octobre, en effet, il avait été pris brusquement et sans raison apparente d'une diarrhée entraînant sept à huit selles liquides par jour, avec quelques glaires et des filets de sang, ne s'accompagnant ni de coliques, ni de ténésme, ni de fièvre. Malgré les traitements symptomatiques, cette diarrhée s'était aggravée progressivement, jusqu'à atteindre, un mois après le début, quinze à vingt selles par jour, et était devenue très hémorragique. Cet état persistait, malgré quelques répit de un ou deux jours de temps en temps, quand, en janvier, le malade fut examiné à Beaujon dans une consultation spécialisée. La diarrhée rendit les tentatives de rectoscopie imparfaites : on put seulement constater « quelques plaques hémorragiques à la partie supérieure du rectum » ce qui, joint à l'histoire clinique, fit soulever l'hypothèse de recto-colite hémorragique et orienter le traitement dans ce sens (huile de Flétan, Stovarsol, Ganidan). Cependant, les troubles intestinaux persistaient, entraînant une fatigue et un amaigrissement progressif (6 kilos). Le malade devait être hospitalisé pour plus ample examen, quand, brusquement, il dut être admis d'urgence le 22 février 1948, à la suite de deux faits nouveaux et concomitants : apparition d'une fièvre élevée et d'une assez vive douleur épigastrique.

C'est à ce moment que le malade a été examiné dans le service. On se trouvait en présence d'un sujet fatigué, pâle, amaigri, dont la température était à 38°5 et qui accusait une douleur de l'épigastre, modérée, mais s'accompagnant d'une très vive irradiation dans

l'épaule gauche. Par contre, depuis l'apparition de la fièvre, quarante-huit heures auparavant, la diarrhée s'était subitement arrêtée et il n'y avait eu depuis que deux selles : l'une encore liquide et sanglante, l'autre formée et dépourvue de sang. L'examen clinique ne révélait aucune anomalie objective, en dehors d'une sensibilité obtuse provoquée par la pression profonde de l'épigastre, mais deux notions importantes furent

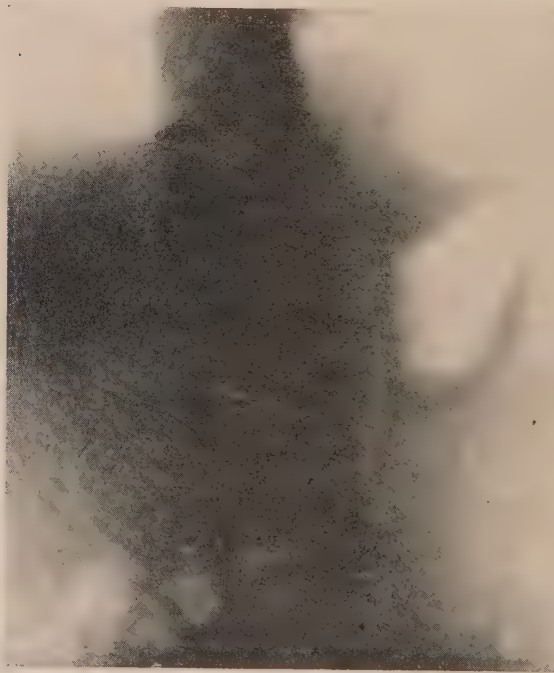


Figure 1

apportées par les examens complémentaires : la numération hémoleucocytaire révéla avec une anémie modérée (G. R. : 3.900.000), une leucocytose (G. B. : 28.000) et une polynucléose à 80 %. D'autre part, au cours d'un examen radioscopique de routine, on eut la

surprise de constater dans la région épigastrique l'existence d'une opacité triangulaire tranchant sur la clarté de la partie supérieure droite de la poche à air gastrique, et dont les caractères furent précisés le lendemain par une radiographie (fig. 1) (*).



Figure 2

A signaler enfin, que deux examens de selles, pratiqués à trois jours d'intervalle l'un de l'autre, ne révélèrent ni parasites végétatifs ou enkystés, ni bacilles dysentériques, ni salmonellas.

(*) Tous nos remerciements à Monsieur le Professeur agrégé René FAUVERT qui a eu l'amabilité de nous prêter les trois radios.

Le malade avait été soumis, dès son entrée, à un traitement mixte pénicilline-sulfamides : coïncidant avec cette thérapeutique se produisit une défervescence progressive (voir courbe) qui, quatre jours après l'hospitalisation, était descendue à $37^{\circ}5$; la douleur spontanée avait disparu, les selles restaient normales, la maladie paraissait en complète régression. Mais les examens complémentaires devaient nous donner de l'évolution une opinion toute différente : d'une part,

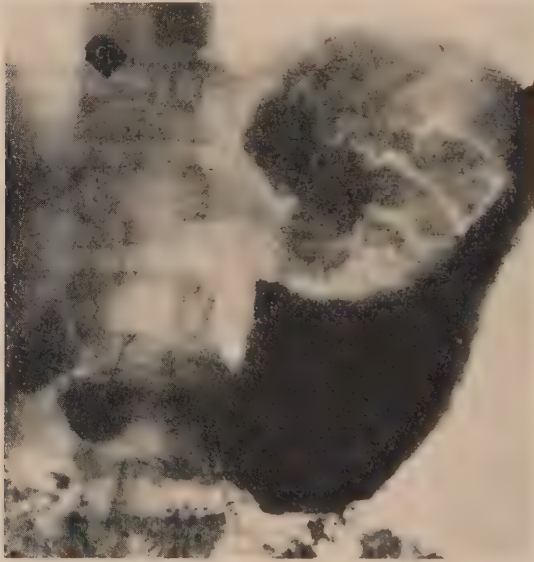


Figure 3

en effet, les numérations répétées révélèrent la persistance d'une formule de suppuration, d'autre part, les examens radioscopiques et radiographiques permettaient de suivre une extraordinaire modification de l'opacité épigastrique antérieurement décelée : cette ombre avait augmenté, se projetait sur toute la poche à air gastrique, comme le montrent les clichés sans

préparation, où l'on voit une opacité arrondie entièrement cerclée par la frange claire de la poche à air (fig. 2).

Après ingestion de gélobarine, les clichés pris en position couchée montraient une imparfaite réplétion de la grosse tubérosité, et donnaient l'impression que la cavité normale était à peu près virtuelle. Surtout, se dessinait, sous l'effet de cette imprégnation en couche mince, un extraordinaire réseau de plis muqueux, très gros et de disposition anarchique (fig. 3) dont l'explication doit sans doute être cherchée dans une gastrite inflammatoire et œdémateuse de la région.

A ce moment, un examen gastroscopique fut pratiqué par le Docteur CORNET. Voici son compte rendu :
« Examen facile. On constate immédiatement l'existence d'une tuméfaction du volume d'un gros œuf bombant à la face antérieure gastrique juste au-dessous du cardia et venant au contact de la grande courbure. Cette tuméfaction est recouverte d'une muqueuse saine, non congestive, ni érosive, ni ulcérée. Au premier abord on pense à une tumeur bénigne. Elle ne se laisse pas refouler par l'insufflation. Le reste de l'estomac est normal et l'on peut examiner sans peine l'antrum et le pylore ».

A ce moment, le malade était depuis dix jours dans le service; l'histoire clinique, la confrontation des aspects radiologiques et des examens hémo-leucocytaires firent conclure à un abcès du lobe gauche du foie. Le malade fut confié pour intervention au Professeur Agrégé SICARD.

Voici le compte rendu de l'opération (9 mars) :
« Laparatomie médiane, volumineux abcès de la face inférieure du lobe gauche adhérent de façon intime à la petite courbure gastrique. Ponction par ouverture de l'abcès qui est volumineux. Rupture au doigt de plusieurs cloisons ».

Le pus de l'abcès était d'aspect crémeux, peu hémorragique, formé de polynucléaires altérés et de rares hématies. Il se révéla amicrobien à l'examen direct et resta stérile à la culture, mais un examen immédiat pratiqué sur le produit de grattage de la paroi de l'abcès montra la présence de très nombreuses formes végétatives d'amibes hématophages. Le surlendemain et les jours suivants, alors que le malade était déjà soumis à un traitement émétinien, l'examen des selles révéla la présence d'amibes et de kystes amibiens.

Les suites opératoires furent simples et le sujet est depuis lors soumis à un traitement antiamibien par cures d'émétine, de stovarsol et d'oxyquinoléine alternées, mais quatre mois après l'intervention il restait encore porteur de kystes amibiens dans les selles.

FREQUENCE DES ABCES AMIBIENS DU LOBE GAUCHE DU FOIE

La localisation de l'amibiase au lobe gauche du foie n'est pas tout à fait exceptionnelle. C'est sans doute par hasard que sur six cas d'abcès amibien du foie observés dans le service de Madame BERTRAND-FONTAINE, se sont rencontrées deux localisations au lobe gauche, mais les statistiques recueillies dans divers ouvrages et en particulier dans le livre de HUARD, établissent une proportion de 20 % d'abcès localisés au lobe gauche et 80 % au lobe droit.

HARTMAN (1923) : 27 %.

LE GRAND (1909) : 18 %.

FOIRET : soixante et onze cas d'abcès du lobe gauche pour trois cents cas d'abcès hépatiques.

VERGOZ : quinze cas d'abcès du lobe gauche pour soixante-cinq cas d'abcès hépatiques.

MECANISME

On peut se demander quelle est la raison de cette proportion et quel est le mécanisme des localisations respectives aux deux principaux lobes du foie.

Comme on le sait, l'atteinte hépatique se fait par migration par voie veineuse portale de l'amibe originaire des lésions coliques. Celles-ci se situent électivement, d'une part, sur le côlon ascendant et, d'autre part, sur le recto-sigmoïde. Or, il existe toute une série de travaux expérimentaux (SEREGÉ, MANZINI) qui tendent à montrer que l'irrigation hépatique portale conserve une certaine autonomie topographique, en fonction de ses origines.

GLENARD et SIRAUD ont montré, par la méthode des injections, que le lobe droit et le lobe gauche du foie recevaient chacun le sang d'une des branches de la veine porte; SEREGÉ a soutenu que, dans la veine porte, existaient deux courants sanguins, l'un en provenance de la grande mésentérique destiné au lobe droit, l'autre en provenance de la petite mésentérique et de la splénique destiné au lobe gauche.

L'individualité vasculaire des deux lobes a été admise par certains auteurs et niée par d'autres. MANZINI rapporte cinq observations où il y avait une différence manifeste macroscopiquement et histologiquement dans la nature et surtout l'intensité des lésions des deux lobes.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait de stase avec dégénérescence graisseuse et nécrose centro-lobulaire; l'asymétrie s'explique facilement dans l'un d'eux par l'existence d'une péricardite fibreuse rétrécissant l'embouchure de la veine sus-hépatique gauche dans la veine cave inférieure, sans modifier celle de la droite; dans l'autre, des malformations congénitales complexes avaient abouti à un résultat fonctionnel analogue.

Dans les trois derniers cas, les lésions du foie limitées presque exclusivement au lobe gauche, étaient consécutives à des affections de la rate : malade ayant subi, quelques jours avant le décès, une splénectomie pour ictère hémolytique acquis; malade présentant un cancer du fond de l'estomac ayant englobé et comprimé la veine splénique; malade ayant une tuberculose splénique (de l'existence d'une indépendance vasculo-fonctionnelle entre les deux lobes du foie; « *Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, t. 5, n° 5, octobre 1936, C. MANZINI).

Mais sans doute n'est-il pas besoin de recourir, pour expliquer la distribution des abcès dans le foie, à cette ingénieuse hypothèse que n'est venue, à notre connaissance, étayer aucune vérification systématique : l'inégale répartition des abcès est suffisamment expliquée par l'importance relative des deux lobes droit et gauche. Celui-ci pesant à peu près 20 % du poids total du foie, ce qui répond exactement au pourcentage des localisations des abcès dans ce lobe.

ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE

Le foie est divisé en deux principaux lobes, l'un droit, l'autre gauche. Cette division est indiquée sur la face supérieure par l'insertion du ligament falciforme et sur la face inférieure par une incisure profonde qui s'étend du bord antérieur au bord postérieur.

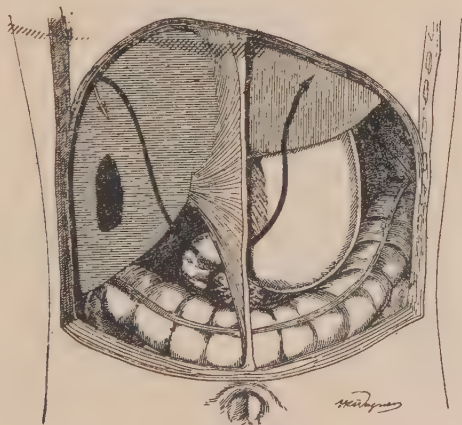


Figure 4

Rapports inférieurs du lobe gauche du foie
(d'après GRÉGOIRE et OBERLIN)

Son poids est variable comme l'est son développement, il est environ de 300 grammes pour un foie de 1.500 grammes, sa longueur est de 7 cm. environ. Il est des cas où le lobe gauche est réduit à une simple lame.

RAPPORTS DU LOBE GAUCHE

1°) *Face supérieure* : le lobe gauche du foie est petit et aplati, à peine convexe, et coupé par une faible dépression triangulaire dite empreinte cardiaque. Le cœur, par sa pointe et la partie voisine de sa face inférieure, repose sur le lobe gauche. Les rapports du lobe gauche et du poumon de même nom sont réduits à une surface minime.



Rapports du lobe gauche du foie avec le cœur (d'après ROUVIÈRE)

2°) *Face inférieure* : elle présente, à considérer la gouttière œsophagienne, l'empreinte gastrique et le tubercule épiploïque.

L'empreinte gastrique est constituée par une large dépression ovale qui occupe la presque totalité du lobe gauche.

3°) *Face postérieure* : le lobe gauche présente non une face mais un bord tranchant.

ETUDE CLINIQUE

Les abcès du lobe gauche du foie se traduisent par deux sortes de signes : les uns d'ordre général, communs à toutes les localisations, constituent le syndrome de suppuration; les autres, dus à la situation spéciale des abcès, d'ordre fonctionnel et physique, constituent le syndrome de localisation.

A. — SYNDROME DE SUPPURATION.

Constitué par la fièvre et la leucocytose.

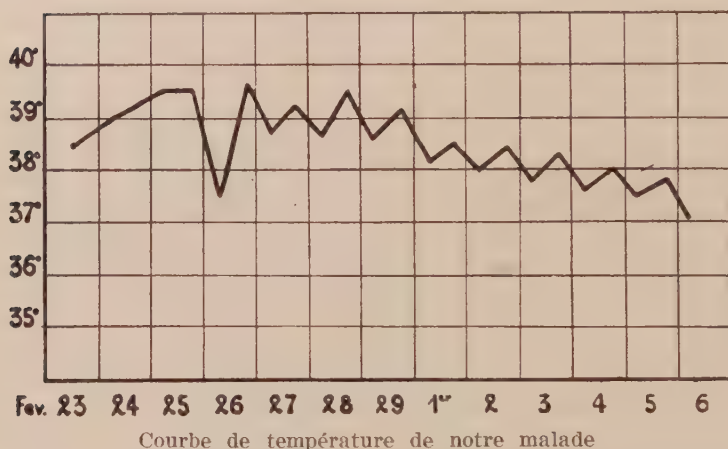
La fièvre est de type très variable. Elle peut être :

- continue, réalisant un plateau pseudo-typhique;
- oscillante,
- ou plus ou moins irrégulière.

Mais dans la règle, elle ne présente pas ces grands accès intermittents pseudo-palustres qui sont spéciaux à l'angiocholite suppurée. Parfois, comme dans le cas de notre observation, la fièvre décrit une courbe qui monte pendant la période de constitution de l'abcès et tend à redescendre quand il est collecté (voir p. 26).

Enfin, dans certaines formes frustes d'amibiase, l'élévation thermique peut être très discrète, elle peut même faire défaut et HUART ne la retrouve que dans un cas sur deux environ.

Mais, importante ou modérée, la fièvre, fait essentiel, s'accompagne constamment d'hyperleucocytose polynucléaire. Celle-ci peut être modérée, dépassant à peine le chiffre normal des globules blancs, ou très importante, atteignant jusqu'à 74.000 leucocytes, chiffre cité par FONTAN.



Il est important surtout de répéter les numérations, car une courbe ascendante de leucocytose est souvent très évocatrice. Dans notre cas, des examens successifs ont montré des taux de 19.200, 20.800, 24.800 leucocytes. La polynucléose est toujours nette, oscillant entre 70 et 90 %.

Parallèlement, il y a un degré variable d'anémie et FONTAN, sur soixante dix-sept cas, n'a jamais trouvé un nombre de globules rouges supérieur à 3.600.000 et inférieur à 2.000.000.

B. — SYNDROME DE LOCALISATION.

Celui-ci varie suivant les formes topographiques et les modalités de l'évolution.

On peut distinguer à cet égard trois groupes de formes cliniques :

I. — *Les formes à symptomatologie épigastrique ou médiane.*

II. — *Les formes « pseudo-spléniques » dont les signes se localisent dans l'hypochondre gauche.*

III. — *Les formes indirectes ou compliquées se traduisant par des signes de réactions de voisinage dues à la migration à distance.*

I. — *Formes à symptomatologie épigastrique ou médiane.*

— La douleur fait rarement défaut : parfois violente, elle est le plus souvent sourde, profonde, parfois simple impression de gêne ou de pesanteur mal définie au creux de l'épigastre.

Elle peut s'accompagner d'une irradiation très spéciale dans le dos et l'épaule gauche dont la signification ne doit pas être méconnue : c'est la symétrique de la classique « bretelle » de l'hépatalgie droite.

Chez notre malade, la douleur épigastrique était estompée, par contre, l'irradiation à l'épaule gauche était assez violente pour orienter un instant vers l'hypothèse d'une arthrite.

— L'examen physique donne des résultats très variables suivant l'importance et la situation de l'abcès. Dans certains cas de collection purulente à évolution antérieure, on peut percevoir, dans le creux épigastrique, le bord inférieur et une partie de la face antérieure du lobe gauche hypertrophié. Le bord inférieur plus ou moins épaissi, traverse à peu près horizontalement le triangle sterno-costal. Il est mobile à la respiration. La pression du foie provoque presque

toujours une douleur, parfois obtuse, d'autres fois plus nette en un point. Dans certains cas même, il a été constaté une fluctuation nette.

Mais la particularité des abcès du lobe gauche du foie est que, même importants, ils peuvent être inaccessibles à l'examen quand ils évoluent en bas et en arrière. Dans ce cas, en effet, le lobe gauche, même hypertrophié, reste profond. Dans une observation de DESJACQUES, GUIGOU et BEYSSAC, l'abcès avait une symptomatologie surtout abdominale avec contracture, impliquant une intervention d'urgence; le lobe gauche ne put être palpé que sous-anesthésie.

Dans notre cas, la palpation profonde, remontant sous les côtes, ne parvenait pas à percevoir la moindre tuméfaction hépatique, ce qu'explique fort bien l'intervention, qui nous montra une collection bombant en bas et en arrière, adhérent à l'estomac.

C'est ce qui donne dans ces cas une importance particulière à l'examen radiologique. Les examens radioscopiques et radiologiques sans préparation et en position debout sont d'un grand intérêt. Dans cette position, le foie tend à s'abaisser et l'opacité du lobe gauche hypertrophié s'inscrit dans la clarté de la poche à air gastrique. Au premier examen, nous avons vu (cliché 1) une opacité triangulaire échancrant la partie supéro-interne de la clarté gastrique. Cette image est particulièrement intéressante, car c'est exactement l'aspect décrit par NEMOURS comme étant caractéristique des cancers sous-cardiaux de la grosse tubérosité gastrique.

Mais des examens successifs ont montré une rapide transformation de l'aspect radiologique, en effet, six jours après le premier examen, on pouvait constater (voir cliché 2) non plus une image triangulaire, mais une opacité ronde que cerclait entièrement la frange de clarté de la poche à air gastrique.

Cette image, confrontée avec l'aspect gastroscopique contemporain (voir p. 17), suggérait au spécialiste le diagnostic de tumeur bénigne, de schwannome gastrique.

Naturellement, la comparaison des deux images radiologiques imposait au contraire la notion d'un processus à évolution rapide et confirmait en fait le diagnostic d'abcès du lobe gauche.

Dans l'observation de DESJACQUES, GUIGOU et BEYSAC, c'est également la radiographie qui localisa d'abord l'abcès au lobe gauche.

Dans les abcès du lobe droit du foie, les examens radioscopique et radiographique peuvent révéler un autre signe important : les anomalies de la coupole diaphragmatique, surélévation et diminution plus ou moins marquée de la mobilité : mais à cause des rapports particuliers de la coupole gauche, du foie et du cœur, ces modifications sont moins visibles et moins explicites en cas d'abcès du lobe gauche.

Disons que l'examen radiologique avec ingestion de baryte, ne donne en général que des renseignements indirects, refoulement de l'estomac ou du transverse. Dans notre cas, il existait une augmentation marquée des plis du corps de l'estomac dessinés par la baryte.

Quant à l'insufflation gastrique ou colique, elle peut elle aussi mettre en évidence les contours normaux et anormaux du lobe gauche.

Parfois, cette localisation de l'abcès au lobe gauche se révèle cliniquement d'une façon brutale, par une réaction péritonéale aiguë : avec douleur vive, vomissements, état de choc plus ou moins intense, contraction de la partie supérieure de l'abdomen, posant ainsi d'emblée le diagnostic d'un « abdomen chirurgical aigu » et simulant en particulier une perforation ulcéreuse. De tels tableaux sont le fait d'abcès qui se révèlent par une ouverture dans le péritoine, ou par

une réaction péritonéale de voisinage. L'observation de DESJACQUES et BEYSSAC rappelle bien le tableau clinique d'un syndrome péritonéal. Aussi nous la rapportons ici avec une autre observation extraite du livre de HUARD (abcès du foie) où l'abcès du lobe gauche avait donné une symptomatologie de perforation ulcéreuse.

a) Observation de DESJACQUES.

b) Observation de HUARD.

a) *Abcès du lobe gauche du foie*
(DESJACQUES, GUIGOU, BEYSSAC, *Lyon Chirurgical*, 1935)

Femme de quarante-deux ans, entrée le 2 décembre 1943 à l'hôpital Edouard Herriot dans le service du Docteur DESJACQUES, pour des douleurs de l'hypochondre gauche.

Dans les antécédents, on note une opération pour fibrome utérin en 1929, des bronchites fréquentes; aucun antécédent intestinal, pas d'épisode dysentérique; elle n'a jamais quitté la France.

L'affection actuelle remonte à un mois, marquée par de l'asthénie, de la température à 39°, l'apparition d'herpès labial.

Un traitement par la thiazomide n'a amené aucune amélioration. Le 1^{er} décembre, dans la nuit, la malade ressent une violente douleur dans l'hypocondre gauche, indolent jusqu'alors; pas de vomissements, pas de troubles du transit intestinal.

A l'entrée : malade abattue, aux traits tirés, terreux. Température à 38°6, pouls à 96. On note de la défense de la paroi abdominale et une contracture nette de l'hypochondre gauche sous les fausses côtes et au creux épigastrique.

La pression détermine une vive douleur dans cette région. Du côté de la base thoracique gauche en arrière, matité avec abolition des vibrations, diminution du murmure vésiculaire.

Une radiographie pulmonaire montre l'absence de lésions

pleuro-pulmonaires, mais le foie est nettement augmenté de volume au niveau de sa moitié gauche.

On pense à la possibilité d'un abcès du foie au niveau du lobe gauche et une intervention est décidée.

Intervention le 2 décembre 1943 (Docteurs DESJACQUES, BEYSSAC).

A. G. sous-anesthésie générale, avant d'inciser, on palpe la région douloureuse, on sent que le lobe gauche est très hypertrophié, incision trans-rectale gauche. Une grosse masse fluctuante occupe le lobe gauche du foie.

La ponction ramène du pus crémeux, blanchâtre. A l'incision, on évalue un abcès de la taille d'une pomme, une mèche de drainage, quatre mèches de cloisonnement. Les suites opératoires ont été des plus simples: la malade, cicatrisée, guérie, quitte le service le 11 janvier 1944. Examen bactériologique du pus: à l'examen direct, pas de microbes, pas de B. K., pas d'éléments parasitaires, cultures stériles, on recherche sans succès les amibes dans le pus s'écoulant par la plaie dans les jours qui suivent.

La recherche d'amibes, de kystes parasitaires dans les selles est négative. Dès le 16 décembre, la malade est néanmoins soumise au traitement éméтинien.

L'interrogatoire, après l'opération, nous a rapporté un renseignement curieux: le mari de la malade, qui n'a jamais quitté la métropole, a été opéré, treize ans plus tôt, le 22 novembre 1930, d'un gros abcès du lobe droit du foie.

*b) Abcès postérieur du lobe gauche
ayant donné une symptomatologie
de perforation ulcéreuse*

(Extraite du livre de HUARD — abcès du foie)

S..., vingt-cinq ans, entre à l'hôpital de Lanessan le 2 avril 1935. Pas d'antécédents dysentériques.

A l'entrée, douleurs abdominales, constrictives, vomissements, température à 38°8. A la radio, pas de signes de perforation. D'ailleurs la contracture n'est pas nette.

Intervention : estomac sain, mais duodénum présentant une perforation lenticulaire couverte de fausses membranes, suture difficile. Pas d'exploration complémentaire, vu l'état général; amélioration de quelques jours, puis reprise de la température à 41°8, douleur atroce, décès. A l'autopsie, suture opératoire intacte. Foie volumineux dans lequel on trouve un abcès postérieur, soudé à la paroi, s'étendant à gauche jusqu'à la rate et en avant jusqu'à la face postérieure du duodénum et du pylore, qui se trouvent constituer la paroi antérieure de l'abcès. Cause de la péritonite.

II. — *Formes gauches « pseudo-spléniques ».*

Un bel exemple de ces formes est fourni par l'observation de Jean OLMER (Marseille). (Voir *Presse Médicale*, 17 juillet 1948.)

René B..., âgé de vingt-deux ans, manoeuvre, entre à la clinique médicale thérapeutique le 10 octobre 1947, adressé par son médecin avec le diagnostic de splénomégalie.

Depuis le mois de mai 1947, ce jeune homme, qui habitait Salon, avait présenté une asthénie progressive, dont la cause était restée imprécisée, et qui avait incité son médecin à l'envoyer se reposer à Forcalquier dans les Basses-Alpes, au mois d'août.

C'est à ce moment qu'apparurent des crises douloureuses débutant dans la fosse iliaque droite et irradiant à tout l'abdomen et principalement à l'épigastre. Ces crises étaient de courte durée, mais se répétaient plusieurs fois par jour. Ces douleurs s'accompagnaient de nausées, mais sans vomissements, elles n'étaient pas rythmées par les repas, ni calmées par eux.

Ce malade présentait une température irrégulière à 37°2 le matin, 38°2 le soir.

Il était anorexique depuis le début des crises et maigrissait nettement.

Le mauvais état général du malade conduisit à pratiquer un examen radioscopique qui ne montra aucune modification pulmonaire, mais fit découvrir une splénomégalie.

Un examen du sang est fait alors à Digne. Il révèle une anémie à 3.060.000 globules rouges, avec légère anicytose et poïkilocytose, avec 14.000 globules blancs et une tendance à la polynucléose neutrophile (75 %).

C'est pour essayer de préciser la nature de ces troubles que ce malade nous est adressé.

Ses antécédents : ne nous apprennent rien d'important. Ce jeune homme n'a présenté aucune maladie sérieuse, il a toujours vécu à Salon. Son père et sa mère sont en bonne santé, il a perdu un frère de tuberculose pulmonaire.

Examen : on se trouve en présence d'un malade à état général médiocre, pâle et asthénique. Il se plaint d'inappétence, de digestions pénibles, de dyspnée d'effort. Il est actuellement apyrétique.

On trouve dans l'hypochondre gauche une masse dont le pôle inférieur arrondi est facilement palpable, qui plonge sous les fausses côtes; qui atteint la ligne médiane et qui est mobile avec les mouvements respiratoires. La percussion montre la matité de la partie inférieure de l'hémithorax gauche sur cinq travers de doigts. La masse perçue est ferme, légèrement douloureuse au palper. La limite du foie ne peut être perçue. La vésicule n'est pas douloureuse. L'abdomen est souple. Il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire. L'examen du cœur, des poumons, du système nerveux ne représente rien d'anormal.

En présence de cette masse arrondie, perceptible dans l'hypochondre gauche, plongeant sous les côtes, mate à la percussion, mobile avec les mouvements respiratoires, nous acceptons le diagnostic de splénomégalie qui avait été porté chez ce malade, et nous cherchons à en préciser la nature. Comme il s'agissait d'une grosse rate isolée avec anémie, sans gros foie, sans ascite, sans hypertrophie ganglionnaire, le diagnostic ne pouvait être discuté qu'après avoir fait pratiquer certains examens, dont voici les résultats :

Numération globulaire et formule leucocytaire.

Globules rouges 3.900.000

Globules blancs	6.000
Poly. neutrophiles	71
Mono.	13
Lympho.	16

Il n'y a pas de microsphérocytose. On compte 0,5 réticulocyte pour 100 hématies.

Résistance globulaire : 0,60.

Sédimentation globulaire : normale.

Urines : traces d'albumine, ni sels, ni pigments biliaires, ni urobiline.

Myélogramme :

Poly. neutro.	13,5
Poly. éosino.	1
Métamyélocytes neutro.	24
Métamyélocytes éosino.	0,5
Myélocytes neutro.	25
Myélocytes éosino.	1
Promyélocytes	8
Myéloblastes	5
Lymphocytes	6,5
Plasmocytes	6
Hématies nucléées	1
Erythroblastes	8,5

Ces examens permettaient d'envisager plusieurs hypothèses.

Celle d'une maladie hémolytique, qui aurait expliqué la grosse rate, les poussées fébriles légères, les crises douloureuses de la moitié droite de l'abdomen, la sensibilité à la palpation de la rate, l'asthénie et l'anémie présentées par notre malade.

Ce diagnostic semblait trouver confirmation dans la diminution de la résistance globulaire, puisque l'hémolyse commençait à 6 et était totale à 4. Mais manquait le stigmate fondamental de la maladie : la microsphérocytose, ainsi que la réticulocytose, toujours très marquées en pareil cas. Enfin, il n'y avait pas de signes d'hémolyse, on pouvait discuter aussi le diagnostic de crypto-leucémie myéloïde au début, puis le myélogramme montrait

78,5 éléments de la série blanche granuleuse dont 13 polynucléaires, 24,5 métamyélocytes, 26 myélocytes, 8 promyélocytes et 5 myéloblastes. Mais il existait une hyperplasie myéloïde évidente, aucune atypie ne pouvait faire penser à un état leucémique. Et ce diagnostic cadrerait mal avec les signes cliniques constatés.

Cependant, pendant le temps nécessaire à la pratique de ces divers examens, les signes cliniques évoluaient. Le malade restait à peu près constamment apyrétique, mais la tumeur de l'hypochondre gauche s'accroissait et bientôt il parut évident que, ce que nous avions pris pour une grosse rate, était en réalité un gros lobe gauche. Un examen radioscopique, après ingestion de baryte le confirmait, en montrant que l'estomac était refoulé vers la gauche. Une radiographie de profil montrait également que la masse comprimait la face antérieure de l'estomac.

Le développement rapide de la masse observée, son retentissement sur l'état général (le malade présentait des lipothymies), pouvaient ainsi faire discuter le diagnostic d'un kyste hématique. Le siège nettement antérieur de la tuméfaction par rapport à l'estomac, sur une radiographie de profil, n'était pas en faveur de l'origine pancréatique de ce kyste. Il pouvait s'agir d'un kyste hématique du foie, quel que soit le diagnostic exact, l'indication opératoire s'imposait.

Ce fut aussi l'avis de mon collègue, le Docteur COTTALORDA, chirurgien des hôpitaux, à qui je montrai ce malade le 27 octobre 1947, et qui décida d'intervenir le lendemain sous perfusion sanguine, et à l'anesthésie locale, il fit une laparatomie sus-ombilicale et découvrit un gros lobe gauche, dont la ponction ramena du pus brun-chocolat. Il retira alors, par aspiration, trois litres de pus et dut retirer à la cuillère le pus très dense qui restait au fond de la cavité.

Après marsupialisation de la poche à la partie supérieure de l'incision, il plaça deux gros drains et referma la partie inférieure.

Les suites opératoires furent simples et le malade pouvait quitter l'hôpital complètement guéri le 6 décembre, sa plaie opé-

ratoire parfaitement cicatrisée, avec un état général excellent et ayant grossi de 7 kilos.

Il n'est pas douteux que ce grand abcès solitaire du lobe gauche, à pus brun-chocolat, était un abcès amibien, car l'examen direct du pus et les cultures ne montrèrent pas de germes.

III. — *Formes compliquées, se traduisant par des signes de réactions de voisinage.*

Les abcès amibiens du lobe gauche du foie, abandonnés à leur évolution, tendent à se faire jour à la faveur d'adhérences.

1°) *A l'estomac* : RIVET, à ce sujet, signalait dans une de ses observations, que l'orifice de communication entre l'estomac et la poche de l'abcès mesurait 6 cm., et on ne pouvait absolument pas reconnaître ce qui était foie de ce qui était estomac, tant les bords (de communication) étaient ramollis, déchiquetés, adhérents.

Disons que la migration d'abcès au lobe gauche du foie dans l'estomac, s'observait dans la proportion de 3,5 % d'après les auteurs anglais.

2°) *Dans le péricarde* : nous savons que les abcès amibiens du lobe gauche peuvent émigrer vers le dôme diaphragmatique en direction du péricarde. Celui-ci peut d'ailleurs réagir de plusieurs façons : le premier stade est l'apparition d'une péricardite par simple réaction de voisinage, caractérisée par un simple épanchement citrin, plus ou moins abondant. Elle serait, d'après GRALL, assez fréquente.

« L'augmentation de la matité cardiaque, l'éloignement des bruits du cœur, les symptômes fonctionnels de la gêne cardiaque en marquent le tableau clinique. »

Si l'abcès se rapproche davantage de la séreuse, une péricardite puriforme aseptique se constitue. C'est une forme extrêmement rare et qu'illustrent (l'observation LXXIV du livre des abcès du foie de HUARD) — (et les observations n° II et III de la thèse de DURAND, Lyon, 1923).

a) *Abcès amibien du lobe gauche du foie
déterminant une péricardite*

(Obs. extraite du livre « Abcès du foie » de HUARD, 1936; sous le n° LXXIV)

T..., vingt-trois ans, soldat d'infanterie coloniale, tombe malade à Haïphon, le 28 mars 1935. Grand buveur d'alcool, arrivé depuis six mois seulement en Indochine et ne se rappelant pas avoir eu le moindre épisode dysentérique. Maladie débutant brusquement par des frissons, sueurs, nausées et température oscillant entre 39° et 39°5.

Le 5 avril, la température est à 37°5, le malade se met à tousser et cracher, sensations de gêne pré-cordiale. Bientôt, T... a l'impression que son cœur est pris dans un étau et se plaint de douleurs à l'épigastre. Evacué sur l'hôpital de Lanessan, à Hanoï, où le Professeur HUARD le voit, amaigri de 30 kilos. La température oscille entre 38° et 39°5. Soif vive, urine 3 litres par jour, frissons irréguliers. Anorexie complète. La respiration est légèrement obscure à la base droite. Un foie gros, un poulx à 110, une matité cardiaque augmentée à gauche. Pas d'amibes dans les selles, B. W. négatif. La radioscopie montre un gros foie et une grosse ombre cardiaque battant très mal.

On ponctionne, on retire 60 cc. de liquide brunâtre puriforme aseptique. On reponctionne et on injecte 20 cc. de lipiodol à la place. Des radios de face et de profil montrent que l'abcès est situé au contact même de la face inférieure du péricarde et qu'il est franchement rétro-sternal. Grâce à ce repérage, on ne tente pas de laparotomie que le malade n'aurait pas pu supporter, mais une infiltration de novocaïne, incision de 5 cm. et désarticulation du xyphoïde, ouverture de péritoine, on aspire électriquement

60 cc. de pus chocolat. Le doigt introduit montre bien que la poche est hépatique et séparée par une mince couche de tissu de la face inférieure du cœur.

Le soir de l'opération, la fièvre est tombée, par la suite, quelques clochers thermiques jugulés par de l'alcool en intra-veineuse. Depuis, T... engraisse à vue d'œil et tout étant refermé il a pu être rapatrié et reprendre son travail.

b) *Abcès amibien du lobe gauche émigrant dans le péricarde*

(Observations n° II et III de la thèse de DURAND, Lyon, 1923)

Homme traité pour hépatite suppurée, suite de dysenterie ayant déjà donné issue de pus par l'intestin. Mort subite.

A l'autopsie, péricarde rempli de pus en communication avec un vaste abcès du lobe gauche contenant au moins 2 litres. Cicatrices d'anciens abcès dans le lobe droit. (Observation II.)

c) Homme décédé subitement à l'hôpital. Autopsie : distension considérable du péricarde rempli de pus jaunâtre mélangé de grumeaux. Un exsudat jaunâtre couvre les deux feuillets péri-cardiques.

Communication par un orifice déchiqueté de la dimension d'une pièce de cinq francs avec un vaste abcès du lobe gauche de la grosseur d'une tête de fœtus. (Observation III.)

3°) *Abcès amibien du lobe gauche du foie avec migration dans le côlon* (observation tirée de la thèse de DURAND, Lyon, 1923).

Tirailleur tonkinois atteint de dysenterie, présente depuis trois mois des accès de température quotidienne. Puis apparition de douleurs pongitives lancinantes au niveau de l'épigastre.

A l'examen, présence à droite de la ligne blanche d'une tuméfaction nettement limitée, résistante, sans œdème, sans modification de la peau. L'intervention est décidée pour le lendemain, lors-

que vers 4 heures, le malade éprouve de fortes coliques, accompagnées de selles abondantes, contenant une assez grande quantité de pus. La tuméfaction a beaucoup diminué, le lendemain, la diarrhée persiste, mais la tumeur a disparu, l'abcès s'est évacué par l'intestin.

Facès grippé, langue blanche, yeux cernés, température normale. Douleur épigastrique à la pression. Foie normal. Le surlendemain, reproduction de la tumeur fluctuante de l'épigastre. Nouvelle évacuation purulente par le gros intestin. Tumeur presque totalement disparue.

Le malade sort de l'hôpital. Evolution favorable.

4°) *Migration dans le duodénum* : l'issue du pus hépatique dans l'intestin peut se faire à diverses hauteurs. Elle a le plus souvent lieu dans le côlon transverse. CHATTERJI signale un cas de migration dans le duodénum et HUARD un autre.

D'après CHATTERJI, l'abcès du lobe gauche contourne la face postérieure du pancréas et envahit le duodénum par voie rétro-péritonéale.

5°) *Migration intra-rénale* : nous savons qu'à l'état normal le rein gauche n'a pas de contact avec le lobe gauche du foie. Cependant, à l'état pathologique, le lobe gauche peut toucher le rein du même côté. Remarquons que cette migration doit s'accompagner d'un certain degré de péritonite, puisque le rein gauche est rétro-péritonéal.

L'ouverture d'un abcès dans le rein comporte deux degrés. Dans le premier, le pus a produit une simple ulcération plus ou moins profonde de la surface du rein. C'est le cas cité par ROUISSE. Dans le deuxième degré, le pus s'est fait jour dans le bassin.

6°) *Migration à la peau* : (extraite de la thèse Nguyen Trong TRUE, Hanoï, 1936; contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie).

D. T. A..., admis à l'hôpital indigène du protectorat pour abcès fistulisé à la région épigastrique. Le début remonte à cinq mois. Marqué par six à sept jours de température avec exagération la nuit. Sueurs abondantes, pas de frissons. Une douleur épigastrique survint quelques jours après le début des phénomènes thermiques. Une tumeur apparaît, d'abord petite, augmente progressivement de volume, devint fluctuante et s'ouvre à la peau d'où s'écoule un pus intarissable. A partir de ce moment, la température est tombée, plus de troubles digestifs, sauf une légère constipation.

7°) *Migration dans l'arrière cavité des épiploons* : l'abcès du foie émigre dans l'arrière cavité des épiploons et y est contenu dans les limites naturelles. PÉRARD a schématisé un cas où l'abcès a rempli une arrière cavité des épiploons jusqu'au diaphragme, faisant penser, par les symptômes qu'il déterminait, à un cancer du cardia.

8°) *Abcès amibien du lobe gauche simulant une ascite*. (DALOUS, FAVRE, PONS, de *Toulouse Médical*, n° 5, 1936.)

Jeune homme de vingt-neuf ans, opéré huit ans auparavant d'abcès amibien du lobe gauche du foie.

Après une longue période de santé parfaite, reprise des phénomènes abdominaux graves avec température élevée et considérable, empâtement de l'hypochondre gauche. En l'absence de commémoratifs, intervention d'urgence. Volumineuse masse considérée comme une tumeur, une ascite.

L'examen du liquide d'ascite montre une éosinophilie élevée. Dans les jours qui suivent, les accidents du malade sont connus et le sujet est traité à l'émétine. Evolution très longue, entrecoupée de phénomènes abdominaux graves. Douleurs intenses, crises de sub-occlusion.

Guérison complète en six mois.

Les auteurs considèrent l'ascite observée comme une ascite réactionnelle inflammatoire tout à fait analogue dans sa pathogénie aux phénomènes que l'on observe au cours des abcès amibiens du foie. Ils insistent de plus sur les phénomènes intestinaux ultérieurs dus à de la péritonite adhésive et discutent le pronostic lointain de l'affection.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'hépatite suppurée et surtout d'hépatite suppurée amibienne a été et reste encore difficile. FONTAN écrivait à ce sujet : « Il est cent fois plus difficile de trouver un abcès du foie que de l'ouvrir ».

Ajoutons qu'en raison de sa rareté et de la variabilité de sa symptomatologie, l'abcès amibien du lobe gauche du foie peut être méconnu uniquement parce qu'on ne le soupçonne pas.

— *Le diagnostic positif* des abcès amibiens du lobe gauche du foie repose sur trois éléments, qui sont :

- 1) le syndrome de suppuration;
- 2) les signes de localisations;
- 3) l'étiologie.

Le premier et le troisième élément sont communs à toutes les localisations d'abcès.

Le deuxième élément soulève des difficultés particulières à la topographie du lobe gauche hépatique.

— *Diagnostic différentiel.* — Le champ des erreurs possibles auxquelles peuvent entraîner les abcès du lobe gauche est assez étendu.

D'abord, parce que ces abcès sont relativement rares, comme nous l'avons déjà dit. Ensuite, parce qu'un symptôme aberrant qui se trouve au premier plan peut facilement égarer vers un autre organe, ou une autre affection hépatique.

a) PRÉDOMINANCE DES SIGNES TUMORAUX.

La tuméfaction étant le principal signe.

Cas du cancer du foie :

Le cancer primitif du foie peut simuler un abcès de cet organe, surtout quand il se présente sous une forme fébrile. Une observation à notre connaissance illustre bien ce cas. C'est celle d'une étudiante en médecine, entrée dans le service de Madame BERTRAND-FONTAINE, à l'hôpital Beaujon, pour un gros foie, une atteinte profonde de l'état général et une température à 38°5.

Plusieurs numérations faites systématiquement nous ont donné comme résultat, une leucocytose variant entre 23.400 et 16.800, avec une polynucléose oscillant entre 75 et 81 %. La biopsie hépatique ne révéla aucune anomalie cellulaire. On ne décela aucun kyste ni parasite dans les selles. La première hypothèse que souleva ce tableau clinique fut celle d'un abcès amibien du foie; d'ailleurs un traitement éméтинien fut institué sans succès.

Une laparatomie, faite dans le service du Docteur Sylvain BLONDIN, confirma le diagnostic fait déjà cliniquement après avoir éliminé le cas d'abcès amibien : de cancer du foie.

Le cancer secondaire du foie, à début douloureux, signalé par HANOT, peut également réaliser le syndrome de foie métastatique aigu. Monsieur le Professeur agrégé René FAUVERT nous a communiqué l'observation d'un de ses malades de ville atteint d'un cancer d'estomac ayant métastasé secondairement au foie et qui présentait une hépatomégalie, une température à 38° et une leucocytose à 20.800, avec 76 % de polynucléaires.

On conçoit la difficulté de diagnostic avec l'abcès

du foie, d'autant plus que l'élément température, au cours de l'évolution du cancer, peut survenir :

- soit en dehors de toute infection secondaire. GIORDANO n'avait-il pas observé un myosarcome hépatique fébrile non infecté, qui jusqu'à la laparatomie fut pris pour un abcès;
- soit à la suite d'infection secondaire par constitution d'abcès dans le tissu néoplasique. ROUTIER et QUÉNU, devant de telles masses infectées, n'ont pu s'empêcher de penser au cancer (Société Chirurgicale, Paris, 1897).

Signalons que l'erreur inverse peut être commise; CHARPIN en a signalé un cas à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, en avril 1931, où un abcès du foie fut pris pour un cancer.

Cas des cirrhoses :

Par contre, seules certaines formes particulières de cirrhoses hypertrophiques fébriles peuvent faire penser à un abcès du foie.

b) PRÉDOMINANCE DES SIGNES PÉRITONÉAUX.

1°) L'abcès amibien du foie revêt parfois l'aspect d'un drame péritonéal aigu et, dans ce cas, le problème de diagnostic différentiel qui se pose est inverse. Il s'agit de rapporter les symptômes à leur origine hépatique et de ne pas se croire en présence d'une perforation d'organe creux.

2°) Les éléments d'un diagnostic différentiel entre un abcès sous-phrénique et un abcès amibien du foie sont absents; en effet, ces deux affections ont un début brutal ou atténué, une même période d'état caractérisée par des signes de voussure, douleur, empâtement profond.

c) PRÉDOMINANCES DES SIGNES THORACIQUES.

Ici, le problème est bien complexe, car il s'agit ou bien de reconnaître un abcès du foie à travers les symptômes thoraciques par lesquels il se manifeste. [Le malade de Messieurs HALLE et MOLLARET était entré à l'hôpital pour un point de côté franchement thoracique. C'est grâce aux examens cliniques, radiographiques et à une vomique ultérieure, que le diagnostic d'abcès amibien du foie fut porté (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 14 avril 1927)] ; ou bien éliminer les causes hépatiques pour reconnaître les maladies thoraciques.

FONTAN écrivait bien « si une pleurésie et un début d'hépatite existent en même temps, l'abcès du foie sera probablement méconnu, parce que les symptômes pleurétiques sont de beaucoup prédominants ».

d) PRÉDOMINANCES DES SIGNES INFECTIEUX.

Les abcès amibiens du lobe gauche du foie présentent à leurs différentes phases d'évolution, de successives ressemblances avec bon nombre de maladies.

A) *A la période de début :*

A cause de la température, de la douleur, on peut penser à une dothie, ou à une spirochétose. Chez le colonial, on peut penser à une hépatite congestive paludéenne qu'on reconnaît cependant à la splénomégalie, au cycle fébrile, à la présence d'hématozoaires, et à l'efficacité de la quinine.

B) *A la période d'état :*

L'abcès amibien peut être confondu avec toutes les autres suppurations intra-hépatiques ou voisines du foie.

1^o) Parmi les suppurations intra-hépatiques, on éliminera le kyste hydatique suppuré, qui est précédé d'une longue période d'hépatomégalie sans signes d'infection et de troubles fonctionnels.

2^o) Les abcès appendiculaires biliaires, métastatiques, dans les antécédents desquels on retrouve toujours un épisode causal, mais qui sont toutefois bien difficiles à différencier.

Il est plus difficile encore de distinguer les petits abcès amibiens multiples des suppurations hépatiques analogues, de nature métastatique, pyléphlébitique ou angio-cholitique, car le tableau clinique est le même; le critérium différentiel n'est guère donné que par les examens de laboratoire. Quant aux gros abcès collectés à staphylocoques, qui peuvent acquérir un volume suffisant, pour être reconnus et drainés utilement, ils restent exceptionnels, car les abcès du foie, assez gros pour être appréciables en tant que tels à l'examen physique, ont une étiologie particulière, à savoir l'amibe (Professeur CATHALA). Cependant, il existe quelques abcès étudiés par CARNOT et CACHERA, de gros abcès staphylococciques du foie dont le diagnostic de la cause n'a été fait que par l'examen du pus.

Dans tous les cas, la notion étiologique reste le problème essentiel.

L'antécédent amibien peut être méconnu :

a) parce que « autochtone », la notion de contagion peut faire défaut;

b) parce que les manifestations intestinales sont mal interprétées :

— soit qu'il s'agisse d'une rectocolite d'autre origine. BENSUADE a bien montré la fréquence des aspects banaux, non caractéristiques de l'amibiase vus au rectoscope, et notre observation rentre dans cette catégorie d'erreur commise par le spécialiste;

- soit qu'il s'agisse de troubles intestinaux banaux, sans rectocolite;
- soit enfin qu'il y ait absence complète de troubles intestinaux.

D'où l'importance de la recherche correcte, soit du parasite après réactivation, soit des kystes, étant donné l'existence de phases négatives pouvant durer huit jours dans l'élimination de ceux-ci, on recueillera quotidiennement, pendant dix jours, des échantillons de selles dans une solution formolée et on recherchera les kystes après enrichissement, selon la méthode de CARLES et BARTHÉLÉMY.

L'examen bactériologique du pus apporte une constatation essentielle. L'absence de germes microbiens, l'existence d'un pus stérile sont des présomptions d'abcès amibien, mais il ne faut s'attendre à y trouver des parasites qu'en cherchant parfois dans la paroi même de l'abcès, comme ce fut le cas dans notre observation.

Depuis l'introduction de la pénicilline, on peut se demander si l'emploi des antibiotiques ne peut pas stériliser le pus d'un abcès banal, créant ainsi une cause d'erreur artificielle à ce sujet.

Les auteurs MEYER-MAY et HUARD admettent que l'on doit reviser le dogme « pus stérile égale pus amibien ».

En définitive, le traitement d'épreuve à l'émétine reste le dernier argument en faveur du diagnostic d'amibiase. Cependant, le Professeur CATHALA a signalé que de gros foies non amibiens régressaient à ce traitement.

TRAITEMENT

Dans certains cas, le traitement médical peut à lui seul amener la régression d'hépatite amibienne même suppurée. Mais souvent, il est nécessaire d'évacuer l'abcès. Dans les abcès du lobe gauche, il est rare que la collection soit accessible à la ponction; celle-ci sera répétée ou complétée par une aspiration continue pouvant alors suffire à assurer la guérison.

Mais, le plus souvent, il faudra recourir comme dans notre observation, à l'intervention chirurgicale. Les seuls problèmes chirurgicaux particuliers à la localisation au lobe gauche sont ceux de la voie d'abord qui sera médiane, comme pour notre malade, ou paramédiane.

L'abcès est souvent assez profond, le lobe gauche du foie restant caché sous les côtes, son accès peut être gêné par des adhérences inflammatoires, surtout à l'estomac.

Au traitement chirurgical devra s'ajoinde un traitement médical. Il est nécessaire, en effet, d'y recourir et pendant longtemps si l'on ne veut pas avoir de récidives; tel le cas d'un malade opéré d'un abcès amibien du lobe gauche du foie, en 1940, pour n'avoir pas subi le traitement d'entretien, a été de nouveau hospitalisé dans notre service, cette fois-ci pour une hépatite amibienne droite.

CONCLUSIONS

1°) L'amibiase connaît actuellement en France une recrudescence comparable à celle qui accompagna et suivit la guerre de 1914-1918.

2°) Les cas d'infestation amibienne autochtone sont actuellement très fréquents et leur traduction clinique souvent larvée.

3°) Ces formes autochtones, frustes, ou même latentes, se compliquent avec une fréquence relative d'abcès du foie.

4°) La localisation des abcès amibiens au lobe gauche du foie n'est pas très fréquente : 20 % à peu près de la totalité. Elle est intéressante parce qu'elle pose des problèmes particuliers de diagnostic et de traitement.

5°) Les abcès amibiens du lobe gauche peuvent être ainsi schématisés :

- a) formes épigastriques,
- b) formes gauches, pseudo-spléniques,
- c) formes révélées par une réaction ou une migration à distance.

6°) Les examens radiologiques en position debout sans préparation peuvent mettre en évidence l'hyper-

trophie du lobe gauche du foie. Ils sont d'un intérêt particulier pour le diagnostic des abcès de ce lobe.

7°) Les problèmes diagnostiques particuliers aux abcès du lobe gauche sont ceux que posent leur rareté relative et les difficultés de leur repérage. Comme pour les autres abcès amibiens, la recherche de l'étiologie est la notion essentielle.

8°) Le traitement des abcès du lobe gauche ne diffère de celui des abcès du lobe droit que par la fréquente impossibilité de leur abord par ponction et par la voie d'abord particulière médiane et para-médiane.

Vu, le Doyen :

BINET

Vu, le Président de Thèse :

MOLLARET

Vu et Permis d'Imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :

SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BERTRAND-FONTAINE (Mme) et FAUVERT (René). — A propos d'un abcès amibien du lobe gauche du foie. (*Société de Gastro-Entérologie*, 4 octobre 1948.)
- (2) BERTRAND-FONTAINE (Mme), FAUVERT (René) et SCHNEIDER (J.). — Trois cas d'abcès amibiens. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 11 novembre 1948.)
- (3) BONNET. — A propos des abcès amibiens du lobe gauche du foie. (*Lyon Chirurgical*, 1923.)
- (4) BRESSOT. — Hépatite suppurée amibienne du lobe gauche du foie. (*Presse Médicale*, n° 104, 27 décembre 1930.)
- (5) CABNOT. — Abcès du foie autochtones, leur surveillance radiologique. (*Monde Médical*, janvier 1934.)
- (6) DUNET (M.-Ch.). — Abcès amibiens du lobe gauche du foie. (*Lyon Chirurgical*, 1925.)
- (7) DURAND (Jean). — Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. (*Thèse*, Lyon, 1923.)
- (8) FAVRE et BEAULIEU. — Abcès amibien autochtone du lobe gauche du foie. (*Presse Médicale*, n° 18, 3 mars 1928.)
- (9) HUARD. — Les abcès du foie. (Masson, éditeur, 1936.)
- (10) MOLLARET et HALLÉ. — Abcès dysentérique du foie ouvert par les bronches au cours d'un traitement à l'émétine. (*Société Médicale des Hôpitaux*, 14 avril 1927.)
- (11) LIONTI. — Sur une hépatectomie partielle du lobe gauche pour lésions résiduelles d'hépatite amibienne circonscrite. (*Revue Siciliana Sanitaria*, 1930.)

- (12) PONS, DALOUS, FAVRE. — Ascite, péritonite adhésive au cours d'un abcès amibien du lobe gauche du foie. (*Toulouse Médicall*, n° 5, 1936.)
- (13) OLMER (Jean). — Tumeur de l'hypochondre gauche. (*Presse Médicale*, 17 juillet 1948.)
- (14) PELOQUIN et DESJUYOLS. — Abcès amibien du lobe gauche traité et guéri par l'émétine. Vérification opératoire. (*Société Médicale Militaire Française*, 4 juin 1925.)
- (15) PETRIDIS. — Abcès du foie tropical de la face convexe du lobe gauche, simulant un abcès épigastrique consécutif à la perforation d'un ulcère gastro-duodénal. (*Sté Gastro-Entérologie de Paris*, 11 mai 1931.)
- (16) DEJACQUES, BEYSSAC, GUIGOU. — (*Lyon Chirurgical*, 8 février 1945.)
- (17) FONTAN. — Grands abcès du foie. 1909.
- (18) PETRIDIS. — Abcès du lobe gauche du foie ayant simulé un ulcère gastrique perforé. Rapport de Monsieur Marcel ARNAUD. (*Société de Chirurgie*, Marseille, 1936.)
- (19) NGUYEN TRONG TRUË. — Contribution à l'étude des abcès amibiens du lobe gauche du foie. (*Thèse*, Hanoï, 1936.)

